|  |
| --- |
| **Цель:**   * Обеспечить реализацию конституционных прав пациентов на получение доступной, безопасной, качественной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами. |

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Положения** |
|  | Политика по повышению качества медицинских услуг и безопасности пациентов разработана для формирования единой системы и контроля за качеством оказания медицинских и немедицинских услуг в медицинской организации. |
|  | **Принципы Политики по качеству:**  Принципы настоящей Политики являются руководством действий всех сотрудников ТОО «B.B.NURA», чья работа, напрямую или косвенно влияет на качество оказываемой медицинской помощи и безопасность пациентов.  Эти принципы включают:  · ­ориентированность на удовлетворение запросов и ожиданий пациента;  · направленность на высокое качество оказываемой медицинской помощи;  · обеспечение безопасности пациентов и искоренение врачебных и других ошибок в оказании медицинской помощи;  · мотивацию участия каждого сотрудника в процессе непрерывного повышения качества медицинской помощи и безопасности пациентов;  · системный подход к решению задач и проблем в области качества медицинских услуг и безопасности пациентов. |
|  | **Направления реализации Политики по качеству:**  · разработка и внедрение стандартов качества в сфере оказания медицинских услуг и обеспечения безопасности пациентов;  · внедрение принципов пациент-ориентированного ухода, отвечающего запросам и ожиданиям пациента;  · внедрение современных информационных, аналитических и других технологий и методик в процессы управления качеством медицинских услуг;  · разработка и внедрение механизмов стимулирования сотрудников компании для создания организационной культуры, способствующей непрерывному повышению качества медицинских услуг и безопасности пациентов;   * обучение сотрудников ТОО «B.B.NURA» теоретическим и практическим аспектам обеспечения высокого качества медицинских услуг и безопасности пациентов. |
|  | Политика предназначена для разработки, внедрения и контроля действий, предотвращающих возникновение рисков для пациентов, управления отраслевыми программами контроля качества подразделений: инфекционного контроля, деятельности лабораторий, системы управления рисками клинической деятельности, программой безопасности здания и среды, движения и хранения медикаментов. |
|  | **Документирование**  · Утверждение Плана по повышению качества медицинских услуг на год.  · Доведение и принятие Политики на общем собрании, наличие протокола.  · Утверждение индикаторов оценки качества отделений.  · Анализ отчета по мониторингу качества за прошедший год (инциденты).  · Утверждение реестра рисков и плана мероприятий по управлению рисками, распределение рисков связанных с оказанием медицинских услуг по отделениям |
|  | **ПРОЦЕДУРЫ:** |
| 6.1 | Создание отдела по контролю качества |
| 6.2 | Разработка и утверждение индикаторов оценки качества; |
| 6.3 | Разработка и определение пороговых значений внутренних индикаторов; |
| 6.4 | Организация аттестаций сотрудников на знание соответствующих процедур; |
| 6.5 | Анализ качественных показателей деятельности организации; |
| 6.6 | Оценка технологий оказания медицинской помощи на соответствие установленным Алгоритмам и формам в компании; |
| 6.7 | Анализ деятельности внутрибольничных комиссий (КИЛИ, ЛКК, Формулярная комиссия); |
| 6.8 | Мониторинг соблюдения профилактики возникновения ВБИ; |
| 6.9 | Оценка соблюдения стандартов диагностики и лечения; |
| 6.10. | Оценка соблюдения этапности и преемственности в оказании медицинской помощи; |
| 6.11. | Оценка целесообразности назначения лекарственных средств; |
| 6.12. | Оценка рациональности использования ИМН; |
| 6.13. | Мониторинг кадровых показателей; |
| 6.14 | Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи; |
| 6.13. | Качественное ведение медицинской документации; |
| 6.14 | Представление информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия управленческих решений; |
| 6.15 | Изучение степени удовлетворенности пациентов посредством анкетирования; |
| 6.16 | Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о принятых мерах по улучшению качества;  4 |
| 6.17 | Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи. |

|  |
| --- |
| **Составлено на основании:** |
| О здоровье народа и системе здравоохранения Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV.Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года).Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг». |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Связанные документы:** | | |
| **№** | **Тип** | **Название** |
| КАЧ-А1 | Руководство | Программа по повышению качества медицинских услуг и безопасности пациента |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Список изменений:** | | | |
| **№ ред.** | **Дата** | **№**  **приказа** | **Перечень изменений** |
| 001 | 21.07.2017 г. | 39 | КАЧ-А1/1 «Политика в области качества» введено впервые |
| 002 | 15.07.2019 | 56 | 1. Изменена нумерация с КАЧ-А1/1 на КАЧ-А1/6 в связи с дополнением перечня Руководств и Алгоритмов компании ТОО «B.B.NURA». |

# Список ознакомления с документом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО** | **Должность** | **Дата** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |